

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DMT2 E
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Por

LIC. MA. SANTOS GONZÁLEZ LARA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DMT2 E
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Por

LIC. MA. SANTOS GONZÁLEZ LARA

Director de Tesis

ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DMT2 E
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Por

LIC. MA. SANTOS GONZÁLEZ LARA

Co-Asesor de Tesis

MCE. ROSA MARIA CRUZ CASTRUITA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DMT2 E
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Por

LIC. MA. SANTOS GONZÁLEZ LARA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DMT 2 E
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Aprobación de Tesis

Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD
Director de Tesis

Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD
Presidente

ME. Irma Guadalupe Rojas Garza
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.
Vocal

María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Cada ser humano traza un propósito en su vida, gracias a Dios principalmente por se la luz que ilumina mi camino en los momentos difíciles, por fortalecerme ante la adversidad, por estar siempre al cuidado de todo lo que pasa en mi vida, para poder llegar a este momento te doy gracias señor.

A mi director de tesis Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD por su paciencia, su acertada asesoría, por compartir sus conocimientos y conocer en este tiempo su gran calidad humana, es usted una persona digna de admirar, gracias por apoyarme y darme la oportunidad de lograr un sueño más en mi vida profesional.

A MSP María Magdalena Alonso Castillo Subdirector de Posgrado e Investigación por su apoyo a lo largo de la maestría gracias.

A mis amigas Maytee Paz Lozano y Virginia Rodríguez Flores quienes se han preocupado desinteresadamente demostrando con ello su gran calidad y valor humano, gracias por brindarme su amistad y contar con ustedes en cada momento, que Dios las bendiga.

A mi amiga Dora Elia Silva Luna por compartir conmigo su entusiasmo, su calidez y amistad.

A MCE. Norma Elva Sáenz Soto, Jefe de Enfermeras del Hospital Regional del ISSSTE por su valioso apoyo y comprensión a lo largo de mi maestría gracias.

Dedicatoria

En especial a mis hijos, Yarely, Valeria y Luis Angel LópezPortillo González, mis tesoros hermosos, ustedes llenan mi vida de ternura, este logro es básicamente gracias a ustedes por el tiempo que me permitieron dedicar a este sueño personal, su amor es mi más grande estímulo.

Con infinito cariño a mi esposo Luis R. López Portillo Martínez, por ser el pilar de mis esfuerzos, entender mis deseos de superación, por saber ser mi amigo y compañero. Gracias por tu dedicación a la familia, por tu paciencia en el logro de una meta más en mi vida profesional te amo.

A mis padres Bertha Lara y Pablo González por darme la vida y ser pilar de fortaleza en cada momento de mi vida, a mis hermanos que siempre estuvieron a mi lado, gracias por su apoyo.

RESUMEN

Lic. Ma. Santos González Lara

Fecha de Graduación: Diciembre,

2007

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DMT2 E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Número de Páginas: 56

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria

Propósito y Método del Estudio: El propósito del estudio fue identificar los requisitos universales y de desviación de la salud, los factores que los condicionan y los procesos de autocuidado que perciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) complicados con insuficiencia renal crónica (IRC). Para alcanzar este propósito se seleccionó un diseño mixto, con componente cuantitativo y cualitativo. Se reclutaron al total de adultos con IRC por DMT2, inscritos en el programa de diálisis de un hospital de tercer nivel en el área metropolitana de Monterrey, $n = 83$. Al total de los participantes se les aplicó el cuestionario Proceso de Manejo de Autocuidado; diez de estos pacientes fueron entrevistados sobre la experiencia de vivir con IRC.

Contribuciones y Conclusiones: El 62% de los participantes correspondieron al sexo masculino, con edad promedio de 60.56 años ($DE = 11.5$ 18-83), de escolaridad 9.7 años ($DE = 5.9$ 1-22), de años con DMT2 20.5 ($DE = 5.79$; 3/35) y con IRA de 2.83 ($DE = 1.95$; 1/13).

De lo expresado por los participantes se identificaron siete requisitos universales, y seis de desviación de la salud definidos en la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. Cuando estos requisitos se asociaron cualitativamente con los procesos de autocuidado, se observó que hubo coincidencia, siendo los más sobresalientes el requisito “promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. Así mismo, la modificación del auto-concepto para aceptarse como ser humano con IRC. El índice de la escala para medir los procesos de auto-cuidado percibidos tuvo una media de 67 puntos con ($DE = 13.4$ 15/87). La sub-escala procesos de manejo personal registró una $M = 19.59$; ($DE = 7.28$ 1.42/ 40.0) y la sub-escala para procesos de manejo social tuvo una $M = 40.09$; ($DE = 11.50$ 1.43/57.86.). La edad, sexo, escolaridad y años con IRC y DMT2 no tuvieron efecto estadístico sobre los procesos de AC, $F(6,75) = 1.71$, $p = .12$.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	2
Estudios Relacionados	12
Definición de Términos	16
Objetivos	18
Capítulo II	
Metodología	19
Diseño del Estudio	19
Población, Muestreo y Muestra	19
Criterios de Exclusión	20
Mediciones e Instrumentos	20
Procedimiento de Recolección de la Información	21
Consideraciones Éticas	21
Análisis de la Información	22
Capítulo III	24
Resultados	24
Datos Descriptivos	24
Datos de Objetivos	24

Capítulo IV

Contenido

Discusión	42
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias	47

Apéndices

A. Cuestionario de manejo del autocuidado (SCMP-G)	51
B. Cédula de datos personales	52
C. Autorización de la institución	53
D. Consentimiento Informado	54

Lista de Tablas

Tabla

1. Correspondiente del contenido de reactivos de (SCMP-G) con los requisitos de AC expresados por los participantes	30
2. Definición de requisitos universales y de desviación de la salud de autocuidado con insuficiencia renal crónica	35

Capítulo I

Introducción

La diabetes mellitus tiene un gran impacto en la salud del individuo a causa de sus complicaciones macro y microvasculares de largo plazo. Entre las complicaciones microvasculares se encuentra la nefropatía, que afecta de un 30 a 40% de los pacientes adultos con diabetes mellitus. Un alto porcentaje de estos pacientes evoluciona a insuficiencia renal crónica (IRC) que “por lo general se presenta a los 15 o 20 años después de haber sido diagnosticada la enfermedad” (Lerman, 2001, p.162). Cuando un paciente con insuficiencia renal llega a un estadio avanzado, el tratamiento conservador es insuficiente y debe iniciarse la sustitución de la función renal antes de que aparezcan las complicaciones graves (Membreño & Zonana, 2005).

Las opciones de tratamiento dependen de la forma de enfrentar la enfermedad y del estilo de vida del paciente. Actualmente se cuenta con la diálisis peritoneal y la hemodiálisis como terapias complementarias de la función renal (Andreu & Force, 1997). En la institución donde se realizó esta investigación, la primera opción terapéutica es la diálisis peritoneal; actualmente 92 pacientes se encuentran adscritos a este tratamiento. La segunda opción es la hemodiálisis, con 52 pacientes (Departamento de Estadísticas e Informática del Hospital Regional ISSSTE de Monterrey, 2006).

Integrar a los pacientes a la sociedad es el objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la IRC y son los parámetros fisiológicos y bioquímicos los que reflejan el nivel de autocuidado (AC) o cuidado dependiente en el paciente complicado con IRC. De ahí que se considere el AC como crucial para mantener el mejor estado de salud posible. El autocuidado implica estrictos y rigurosos cambios en el estilo de vida del enfermo, en especial, la moderación de la alimentación, control de

líquidos, actividad física moderada, apego estricto a la medicación, control médico periódico, además de las exigencias propias de las terapias de diálisis o hemodiálisis (Siguroardóttir, 2005). La persona con diabetes que presenta IRC tiene dificultades con su autocuidado, por lo complejo del mismo y por el efecto limitante de la sintomatología en su estado general.

Las necesidades que deben satisfacer los individuos con IRC, constituyen una carga en la vida diaria, tanto para el paciente como para su familia, ya que exceden en mucho el tratamiento médico prescrito (Rodríguez, Castro & Merino, 2005). La teoría de Autocuidado de Orem (2001), proporciona un marco teórico amplio para guiar la identificación de las necesidades percibidas por el paciente y el nivel de satisfacción de las mismas. Jones y Preuett (como se cita en Corson, 1990), exploraron el tipo de autocuidado que llevaban a pacientes con DMT2 e IRC al enfrentar lo estresante de la dieta, restricción de líquidos y tratamientos de hemodiálisis. A partir de entrevistas formales los autores identificaron procesos comunes desarrollados por los pacientes emergiendo el constructo “procesos de manejo del autocuidado (PMAC)”. Para enfermería es de suma importancia conocer y entender estos procesos desde el punto de vista del paciente ya que la identificación de los requisitos de autocuidado que se satisfacen y no se satisfacen, proporciona un marco integral del paciente como ser humano. Por lo tanto el propósito de este estudio es: identificar los requisitos universales y de desviación de la salud, los procesos del autocuidado de los pacientes con DMT2 complicados con IRC. Así como los factores condicionantes básicos (FCBS) que más los afectan.

Marco Teórico

La base teórica del estudio la constituyen los subconceptos: requisitos de AC como la razón del auto-cuidado, y los factores condicionantes básicos (Orem, 2001).

Así mismo las bases teóricas de la IRC por DMT2. Se incluyen además estudios relacionados con las variables de investigación.

La teoría general de enfermería del déficit de autocuidado esta integrada por tres teorías de rango medio: la teoría del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería; para el presente estudio se consideró la teoría del autocuidado. El autocuidado se define como “la práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr mantener la vida, el funcionamiento saludable, el desarrollo personal continuo y su bienestar” (Orem, 2001, pp. 78-83). El autocuidado a la salud tiene como característica central el ser deliberado; es decir, que tiene un propósito definido desde antes de iniciar la acción de la que se espera lograr un resultado específico en el estado de salud de quienes la llevan a cabo. Además, el autocuidado a la salud se aprende a lo largo de la vida a partir de la interacción social de los individuos.

El autocuidado tiene como finalidad satisfacer los requisitos de AC percibidos por el individuo como necesidad y no necesariamente coincide con las que definen el personal de salud. Personas con DMT2, y en general las que padecen alguna enfermedad crónica, están tomando decisiones constantemente a fin de satisfacer una serie de demandas que se les presentan a lo largo de la vida; y no sólo eso sino que enfrentan diversas tareas de autocuidado a su salud en forma simultánea. Sobre este punto, Jones y Preuett (como se cita en Corson, 1990) introdujeron el constructo “Procesos de Manejo de Autocuidado” para indicar los mecanismos adaptativos que las personas ponen a funcionar al llevar a cabo las diversas tareas implicadas en su autocuidado, el cual se extiende a todas las esferas de la vida individual, familiar y social del adulto con DMT2.

Se dice que, el AC tiene forma y fondo ó contenido. La forma se refiere al conjunto de acciones ordenadas que se llevan a cabo y el contenido al objetivo de

dichas acciones, o sea la razón del porqué se llevan a cabo. La teorista menciona que el contenido del AC, se refiere a la satisfacción de los requisitos de AC “Los requisitos de autocuidado son reflexiones sobre la razón de ser de las acciones que se sabe son necesarias, o se supone tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano”; corresponden a los objetivos a lograr con las acciones de AC (Orem, 2001, p. 135). Orem identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desviación de la salud y del desarrollo. En este estudio se tomaron los universales y los de desviación de la salud, explorando en qué medida están representados en los procesos de manejo del autocuidado descrito por Jones y Preuett (como se cita en Corson, 1990).

Los requisitos de autocuidado universales se refieren a las necesidades básicas de los seres humanos los cuales varían según la edad, estado de desarrollo y factores ambientales (Orem, 2001, p. 140). Siete de los ocho requisitos universales, se particularizan en el caso del adulto con IRC, derivada de la DMT2.

El mantenimiento de un aporte de alimentos y agua suficientes: La alimentación es un factor importante en pacientes sometidos a diálisis o hemodiálisis, por los efectos de la uremia. La restricción de proteínas en la dieta reduce la acumulación de desechos nitrogenados y por tanto, los síntomas causados por la acumulación de los productos finales del metabolismo. Además se debe ajustar el consumo de sodio, potasio y proteínas. Se debe restringir así mismo la ingestión de líquido de acuerdo al peso del paciente ya que si se exceden, pueden producir insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar (Rocco & Blumenkrantz, 2003, pp. 438-464). Desde este punto de vista, estos requisitos universales se pueden considerar también como requisitos de desviación de la salud en la IRC.

En las personas con IRC los procesos de eliminación se encuentran alterados; la función excretora deficiente de los productos resultantes del metabolismo nitrogenado, como son la urea, creatinina, ácido úrico y otras sustancias, favorece la presencia de

alteraciones renales como disminución en la producción de orina pudiendo llegar a la anuria. La diarrea y la constipación intestinal son frecuentes en pacientes sometidos a diálisis y hemodiálisis (Lew, Albertini & Bosch, 2003, pp. 627-628).

El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo es un requisito no considerado con frecuencia. La dependencia que causan los tratamientos sustitutivos puede interferir en el modo de vida de las personas con IRC, limitando su participación en el trabajo, actividades recreativas y la convivencia familiar. A pesar de estas limitaciones es necesario que la persona desarrolle actividad física como pequeñas caminatas que no le fatiguen lo cual favorece la circulación. Debe tomarse en cuenta además que el paciente necesita momentos programados de descanso.

“La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar de las persona implica mantener la integridad y promover la funcionalidad y desarrollo humano” (Orem., 2001, p. 142). El adulto con DMT2 e IRC debe conocer e identificar los signos de alarma de su organismo ante la presencia de la enfermedad crónica, debido a que su “funcionalidad y desarrollo se ven afectados cuantiosamente si las condiciones internas amenazan su integridad” (Dunning & Manias, 2005). Estar informado, ayudaría a evitar o retrasar complicaciones derivadas de la enfermedad como son “la insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia vascular periférica, problemas gastrointestinales y complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente” (Whitworth & Lawrence, 1990, p. 442).

La promoción del funcionamiento y bienestar humano dentro del grupo social donde la persona interactúa, considerando el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal, es una necesidad que refleja la aspiración de toda persona. Los pacientes con IRC a menudo perciben esta necesidad como inalcanzable, por lo que generalmente requieren ayuda para determinar el bienestar factible al que puedan aspirar (Whitworth & Lawrence, 1990, pp. 441- 442).

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud están presentes en las

personas que están enfermas o lesionadas, con formas específicas de patología, generalmente bajo diagnóstico y tratamiento médico. Teóricamente hay seis categorías de requisitos de desviación de la salud, a continuación se describen cada uno de ellos:

La búsqueda de asistencia médica adecuada. “Esta búsqueda, supone que la persona experimenta sensaciones de malestar o enfermedad que guían al individuo o a su familia a buscar ayuda profesional lo que favorece a la detección temprana de la enfermedad” (Orem., 2001 p. 150). Para el adulto que padece de DMT2 e IRC el reconocimiento de este requisito o necesidad es crucial, ya que el descontrol en el metabolismo y eliminación de los productos nitrogenados, principalmente la urea y de los productos derivados del metabolismo protéico como la creatinina, al inicio puede no producir ningún síntoma si la persona no ha desarrollado cierto nivel de percepción, el trastorno puede pasar inadvertido y no acudir por ayuda profesional (Andreu & Force, 1997, pp. 9-10).

Ser conciente y atender los efectos de la enfermedad según evalúa su condición física, psicológica, emocional y social, en el paciente con DMT2 complicado con IRC, adscrito en los programas de terapias sustitutivas, produce efectos adversos a su calidad de vida, ya que ellos están ligados a una máquina o a un ritual de cambios de bolsa en diálisis, todo esto aunado al deterioro físico, disminución del estado de ánimo y deficiencia nutricional. De todo esto, el paciente debe tener conciencia (Kimmel & Levy, 2003, pp. 431-436).

Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas al paciente renal es crucial, en especial porque debe llevar un control estricto en su alimentación, ingesta de líquidos, ejercicio, control metabólico, además de que “la terapia complementaria favorece la rehabilitación de la persona con IRC” (Andreu & Force, 1997, p. 271).

Estar conciente y prestar atención a los efectos sobre el desarrollo, incluso a las molestias resultantes de las prescripciones médicas y que producen malestar o

deterioro, de las personas con IRC las personas que son sometidas a tratamientos de sustitución de la función renal. Debe tenerse en cuenta que estos tratamientos actúan eliminando los desechos nitrogenados de urea, creatinina y exceso de líquidos a través de una membrana semipermeable que puede ser la membrana natural del peritoneo o una membrana sintética localizada en el filtro para hemodiálisis; este tratamiento posibilita la eliminación del exceso del agua y desechos nitrogenados de una forma más rápida; esta situación de eliminación de sustancias tóxicas es poco tolerada por los pacientes graves que a menudo pueden sufrir de insuficiencia cardíaca congestiva, anemia, fatiga, desnutrición, infección y prurito en piel por los niveles elevados de urea, creatinina y exceso de líquidos. “Entre las complicaciones derivadas del tratamiento se encuentran la hipotensión, desequilibrio hidroelectrolítico, calambres, náuseas y vómito como alteraciones que se acentúan con el tratamiento de hemodiálisis” (Andreu & Force, 1997, p. 271).

Modificar el auto concepto (auto imagen) para aceptarse a sí mismo como ser humano con un estado de salud particular, es un proceso de adaptación importante, que el paciente renal realiza de manera gradual, con el objetivo de lograr cierto equilibrio por las limitaciones y perturbaciones propias de la enfermedad y del tratamiento. En este proceso de asimilación y acomodación queda comprometida la personalidad del enfermo quien debe reformular sus roles en base a las perturbaciones físicas, psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad. En este proceso, cada paciente utiliza determinados mecanismos psicológicos que explican su transitar por estados de dependencia, pasividad, conductas agresivas, depresión, conflictos en los vínculos que establece, etc. Hay una tendencia a replegarse sobre sí mismo, con dificultades para idear un proyecto de vida que incluya aspectos más saludables de su personalidad (Neira & Villareal, 2001).

Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos, las medidas de diagnósticas y de tratamiento médico; modificar su alimentación e

interacción social, son condiciones que requiere adoptar el diabético tipo 2 con IRC, esto se refiere a modificar estilos de vida que le ayuden a impulsar el desarrollo personal continuado; este requisito es fundamental, manifestándose su bienestar en la forma diaria de vivir, donde bien puede integrar o no conductas que favorezcan su estado de salud. Satisfacer este requisito supone alcanzar un nivel de madurez y disciplina suficientes para que la persona ponga en primer lugar las medidas que le ayuden a mantener un control aceptable de su IRC.

Los factores condicionantes básicos, definidos como factores internos y externos a los individuos que afectan su capacidad de autocuidado, o el tipo y cantidad de autocuidado requerido, pueden modificar el tipo y cantidad de requisitos de AC. Los factores considerados en este estudio son, la edad, sexo y años de diagnóstico que tienen los pacientes con IRC (Orem, 2001, pp. 152-153).

La Insuficiencia Renal Crónica constituye la causa mas frecuente de nefropatía diabética, esta complicación crónica de la diabetes mellitus representa un problema clínico; generalmente “se presenta a los 15 o 20 años después de haber sido diagnosticada la diabetes” (Lerman 2001, p.159). Esta enfermedad consiste en el deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal como consecuencia de la destrucción de las nefronas y disminución del filtrado glomerular, que favorece la presencia de oliguria y retención de productos nitrogenados así como de sustancias tóxicas urémicas, trastornos hidroelectrolíticos, metabólicos y hormonales. Cuando el filtrado glomerular se reduce al 25-35% de su valor normal produce un aumento en la urea y la creatinina en plasma, al disminuir este filtrado por debajo de 20 ml/min, ocasiona las alteraciones bioquímicas del síndrome urémico constituyéndose en el estadio final de la IRC (Andreu & Force, 1997, pp. 27-28).

Los síntomas que produce esta enfermedad se manifiestan por alteraciones electrolíticas, cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicas, osteomusculares, dermatológicas, hormonales y alteraciones de la personalidad. Las alteraciones

electrolíticas provocan que los niveles de potasio y el bicarbonato se encuentren elevados; estas alteraciones ocurren en fase avanzada de la IRC.

Las alteraciones cardiovasculares, como la hipertensión arterial, se encuentran hasta en un 80% de los pacientes con IRC. La causa fundamental es la retención hidrosalina, aunque también está implicada una situación de hiperuremia. En fase terminal de la IRC pueden aparecer episodios de insuficiencia cardiaca congestiva por sobrecarga hídrica y pericarditis urémica.

Las alteraciones gastrointestinales son frecuentes en estas personas, ya que presentan anorexia, náuseas y vómitos, derivados de los metabolitos nitrogenados que se encuentran en la saliva, manifestados por la presencia de sabor metálico, aliento urémico y olor a amoníaco; en ocasiones estas alteraciones pueden inducir a la presencia de erosiones gástricas que pueden provocar hemorragias.

Las alteraciones dermatológicas se presentan por el signo característico del color pajizo de la piel producido por la anemia y por acúmulo de urocromos: el prurito es frecuente en estos pacientes por el acúmulo de escarcha ureica en la piel. Los trastornos hormonales también son frecuentes en estos pacientes manifestados por alteraciones en el ciclo menstrual en la mujer y en el hombre hay una disminución en la producción de espermatozoides.

La intolerancia leve a la glucosa es común en la insuficiencia renal, existe un incremento en el valor basal de insulina, resistencia periférica a esta hormona e incremento y prolongación en la respuesta de la hormona a la glucosa. La degradación de la insulina por el riñón e hígado esta disminuida. Todas estas anormalidades mejoran con la diálisis. También se presenta anormalidad en el metabolismo de los lípidos conocida como hipertrigliceridemia, asociada con un incremento en las lipoproteínas de densidad muy baja. La anormalidad en el metabolismo de los lípidos puede estar relacionada con trastornos de la producción y degradación de la insulina.

En la IRC es importante iniciar precozmente el tratamiento con el fin de evitar

complicaciones, prever secuelas a largo plazo y proteger la función renal residual. Los aspectos más importantes del tratamiento conservador son la alimentación, el control de líquidos y electrolitos, ejercicio y la terapia complementaria (diálisis o hemodiálisis).

Las alteraciones de la personalidad son frecuentes en el enfermo renal crónico en el que se altera el equilibrio de la persona. El paciente con IRC suele sufrir cambios en su estilo de vida y hábitos, algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitan tratamiento para el resto de su vida. Otros, en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Cuando aparece la enfermedad bruscamente, la respuesta a la agresión es lenta y difícil, siempre se cuestionan ¿porqué a mi? Y surge la rabia por la impotencia, la rebelión, el fatalismo, la regresión, la depresión y un sentimiento peor incluso que la soledad: el miedo; la enfermedad es un enemigo desconocido y poderoso que hay que temer y con ello aparece la angustia. Si por el contrario, el daño se instaura lentamente, cualquier terapia que se les aplique mejorará temporalmente su situación y se utilizará como un elemento liberador de la angustia. El estilo de vida de las personas con IRC aprenden debe fomentar el desarrollo personal del enfermo y se ha de ver reflejado en el requisito de desviación de la salud (Neira & Villareal, 2001).

La buena nutrición continúa siendo un factor fundamental en el tratamiento de la IRC, los requerimientos nutricionales varían según el grado de disminución de la función renal y el tipo de tratamiento de reemplazo. Las restricciones dietéticas para dichos pacientes se basan en los siguientes principios; regulación en la ingesta de proteínas, limitación en el consumo de líquidos, restricción del consumo de potasio, sodio y fósforo, administración de complementos vitamínicos y provisión de la ingesta adecuada de calorías. La dieta prescrita debe considerar también las necesidades nutricionales propias de la edad, talla, el nivel de actividad y la función renal remanente.

La ingestión reducida de proteínas puede aliviar síntomas de anorexia, náuseas

y vómitos, así como reducir la carga de hidrógeno, sulfato, fosfato y potasio que el riñón tiene que excretar. Los pacientes sometidos a diálisis o hemodiálisis requieren consumir de 1.0 a 1.3 g de proteínas por Kg. al día. Alrededor de tres cuartas partes de las proteínas deben tener alto valor biológico, como las que se encuentran en la leche, carne y huevo.

El consumo de líquidos y sodio debe estar bajo vigilancia, en quienes el gasto urinario es muy bajo o inexistente, la retención de líquidos y sodio causa edema, hipertensión e insuficiencia cardíaca. En pacientes urémicos, el consumo de sodio se limita a tres gramos al día y de líquido a 1,500 a 3,000 ml., según el gasto urinario.

En pacientes con oliguria, la restricción de sodio es del orden de uno a dos gramos y los líquidos se limitan a unos 700 ml., más la cantidad del gasto urinario. El consumo de potasio se debe limitar a 70 mEq/día. La mayor parte de los pacientes requieren de complemento de vitaminas y minerales. Por lo común las dietas bajas en proteínas tienen cantidades escasas de vitaminas y en las de tipo hidrosoluble se extraen del cuerpo durante la diálisis (Andreu & Force, 1997).

El hacer “ejercicio físico favorece la circulación y mejora el control metabólico”. La prescripción de ejercicio depende de factores como; grado de control de la diabetes y de la IRC, estado de hidratación y tipo de terapia complementaria (diálisis o hemodiálisis). Una persona con diabetes con IRC puede realizar pequeñas caminatas de manera que no se fatigue, se debe tomar en cuenta que se necesitan momentos de descanso que el organismo pide (Ignatavicius & Varner, 1991, p.11).

El objetivo de la terapia complementaria es sustituir todas las funciones perdidas de los riñones naturales, tanto como sea posible empleando medios artificiales. En la actualidad existen tres tratamientos sustitutivos de la función renal que son la diálisis, hemodiálisis y trasplante renal. “La diálisis peritoneal es el proceso de separación de las sustancias presentes en la solución por difusión a través de una membrana semipermeable”. La eliminación de toxinas y de líquido se produce a través

de la membrana semipermeable del peritoneo con previa colocación de un catéter de Tenckhoff. En la hemodiálisis también se utiliza una membrana semipermeable artificial, para este procedimiento se requiere de un acceso vascular, un circuito extracorpóreo y un riñón o máquina para realizar el procedimiento (Ignatavicius & Varner, 1991, p.11).

Estudios Relacionados

En este apartado se resumen los estudios realizados con participantes diagnosticados con IRC y DMT2. Cabe aclarar que las investigaciones se refieren a características clínicas, limitaciones o problemas que enfrentan diariamente y el tipo de autocuidado que llevan a cabo por su enfermedad. Estos aspectos son considerados como indicadores de requisitos de autocuidado, ya que son las acciones realizadas para aliviar sus necesidades. No se encontró literatura específica sobre requisitos de autocuidado de pacientes con IRC y DMT2.

Rodríguez et al. (2005) realizaron un estudio en 90 pacientes adultos con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. La edad de los participantes osciló entre 22 y 89 años; el 51.1% pertenecían al sexo femenino. El instrumento usado fue el SF-36. Los resultados mostraron limitación para diversos niveles de esfuerzo: un 76.7% se encuentra con algún grado de limitación para realizar esfuerzos intensos, 61.1% se encuentra limitado de esfuerzos en el 56-57 % de los casos. El 70% declaró que su salud física interfiere con su trabajo y actividades cotidianas. El 51.1% tenía problemas emocionales. Un 44.5% de los pacientes presentó algún grado de sentimientos de tristeza y desanimo; sólo el 37.8% manifestó estar siempre o casi siempre feliz. Setenta y cinco por ciento percibe su salud de regular a mala; 31.3% la cataloga como buena y sólo el 3.3% manifestó tener una excelente y muy buena salud.

Andrés (2004) realizó un estudio en 50 pacientes con insuficiencia renal crónica

terminal (IRCT), con el propósito de identificar los patrones de salud alterados en aquellos sometidos a tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. El promedio de edad fue de 66 años, 27 pertenecían al sexo masculino y 23 al femenino. El tiempo medio de permanencia en hemodiálisis fue de 57 meses (6-300 meses). En el patrón nutricional-metabólico, destaca el alto riesgo de infección, que se manifiesta en los 50 pacientes estudiados, y el exceso de volumen de líquidos en 42 de ellos. En el patrón actividad-ejercicio, el deterioro en el mantenimiento del hogar fue el diagnóstico más frecuente (35 de 50). En el patrón cognitivo-perceptual, destaca claramente el diagnóstico de dolor crónico que se manifestó en 35 pacientes y déficit de conocimientos farmacológicos, en 18 pacientes y dieta en ocho. El alto riesgo de estreñimiento afectó a 20 pacientes, el estreñimiento a 15 pacientes y finalmente la diarrea a cinco. En el patrón de rol - relación, se registran 12 pacientes con deterioro de la interacción social y cinco con deterioro de la comunicación verbal. En cuanto al patrón de percepción-manejo de la salud, se encontró el mantenimiento inefectivo de la salud en 20 pacientes y en 25, deterioro del patrón del sueño.

Roque, Santos y Hernández (2003) realizaron un estudio en ocho pacientes con IRC del sexo masculino de la unidad de diálisis, con el propósito de controlar la ingestión dietética durante 12 semanas. La edad promedio fue de 45 años. El nivel de cumplimiento de los nutrientes evaluados en la dieta evolucionó favorablemente, logrando en dieta un promedio de consumo de 36.8 kc por kilogramo de peso ideal por día. Durante las 12 semanas del estudio se logró aumentar el ingreso energético en el 16% los días de hemodiálisis, a su vez los carbohidratos y los lípidos aumentaron a 14.4 y 20% en días de no diálisis y de diálisis respectivamente. Los valores de consumo de sodio disminuyeron a 22.3% los días de diálisis, hasta tener un cumplimiento de las recomendación aceptable. En la ingesta de líquidos, el nivel de adecuación estuvo por debajo del límite de restricción.

García et al. (2007) realizaron un estudio con el propósito de identificar los

estilos de vida y prácticas de autocuidado en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 que están asociadas con un buen control glucémico. Se incluyeron 62 pacientes, divididos en dos grupos con 31 pacientes cada uno; un grupo con buen control (GCP) y otro grupo con pobre control (PCP). La edad promedio del grupo GCP fue de 59.87 ± 9.69 años, 64.5% pertenecían al sexo femenino. La edad promedio del segundo grupo (PCP) fue de 58.84 ± 10.67 años, 67.7% fueron mujeres. Ambos grupos dieron respuestas neutrales y positivas. Entre los participantes del GCP fue más probable que tuvieran respuestas negativas sobre el diagnóstico (39% vs 19% de los PCP), algunas respuestas fueron la depresión, tristeza, ansiedad, negación, culpa y preocupación. En contraste con las respuestas sobre diagnóstico, sólo los GCP respondieron que la vida era la misma con la diabetes (13%). Entre los GCP se registró más probabilidad de que sintieran que su vida era mejor con la diabetes (13% vs 3% de los PCP), algunos cambios que citaron los GCP fueron pérdida de peso, aprender cómo comer y llevar una vida mas tranquila. La mayoría de las respuestas de los GCP en relación a mantener el buen control de la glucosa, fueron dirigidas a la dieta, en general describieron prácticas que incluían medicación y ejercicio (26%). En contraste, sólo dos GCP (6%) indicaron la importancia de la dieta, ejercicio o incorporar actividades para promover un control glicémico. Finalmente, un fuerte control personal fue más citado por los GCP (10% vs 3% de los PCP). Los PCP son más propensos a expresar que están enojados, ansiosos, deprimidos, y a tener problemas con los nervios (61%) que los GCP (19%). Los PCP identificaron tener más problemas económicos para seguir su dieta (55% vs 35%). Los GCP fue más probable que reportaran un adecuado apoyo de su familia (45% vs 29%).

Hernández-Ronquillo, Téllez-Zenteno, Garduño-Espinosa y González-Acevez, (2003) investigaron la frecuencia y factores asociados al incumplimiento terapéutico en 79 pacientes con DMT2, con edad promedio de 59 años (± 11). Setenta y tres por ciento fueron mujeres, 82% tenía nivel educativo menor o igual a primaria. El total del

incumplimiento terapéutico fue de 42% ($n = 33$). El incumplimiento en la dieta fue de 62% (49 pacientes), 85% ($n = 67$) en el ejercicio, 17% en los hipoglucemiantes orales, 12% en la aplicación de insulina y 3% en el cumplimiento de las citas. Un 87% (29 pacientes) refirieron que ellos no podían seguir una dieta lo suficientemente adecuada por la dificultad para cambiar hábitos previos. Otra razón para el incumplimiento fue la económica (30%, $n = 10$). Respecto al ejercicio, nueve pacientes (27%) refirieron no hacerlo porque tenían una enfermedad asociada, 15 pacientes (45%) por la falta de tiempo y nueve (27%) por la motivación y las causas culturales. De los 53 pacientes, siete (13%) quienes fueron controlados con hipoglucemiantes orales refirieron que no los tomaban porque salían de sus casas sin tomar sus medicamentos y 13 (25%) por otras causas (principalmente el olvido). La frecuencia de depresión fue de 42% ($n = 33$).

Dunning y Manias (2005) exploraron el conocimiento sobre medicamentos y prácticas de automanejo en personas con diabetes mellitus tipo 2. Incluyeron 30 participantes, 17 hombres y 13 mujeres. La media de edad fue de 68.7 ± 13.35 años. Un 46% utilizaba hipoglucemiantes orales, 33% insulina y 20% una combinación de hipoglucemiantes orales e insulina. El 30% requería asistencia para obtener sus medicinas por dificultades para ver o ir a la farmacia. Sobre las medicinas, el riesgo de hipoglucemia fue el mejor conocido. El 99% indicó llevar un buen control de la glucosa.

Anderson, Freedland, Clouse y Lustman (2001) en su meta análisis de 42 estudios, con un tamaño de muestra de 21, 351 sujetos, con el propósito de estimar la prevalencia clínica de depresión en adultos con diabetes tipo 1 y 2, concluyeron que la probabilidad de depresión se incrementó significativamente en pacientes con diabetes tipo 2 ($OR = 2.9$, 95% IC 2.3-3.7, $Chi^2 = 84.3$, $p = .0001$). El incremento de la probabilidad de depresión asociada con diabetes fue similar en mujeres respecto a los hombres con diabetes (1.7 vs 1.7) $Chi^2 = 0.08$, $p = .08$). De los 42 estudios ocho

identificaron la prevalencia de depresión a lo largo de la vida (fue de 28.5%).

En síntesis, estos reportes confirman que la nefropatía diabética se encuentra entre las primeras causas de ingreso hospitalario de los pacientes con DM. Así mismo, que un buen soporte nutricional, aprender como comer y llevar una vida mas tranquila constituyen un elemento primordial e indispensable en personas con IRC, tanto para mejorar la salud como para prevenir la presencia de complicaciones. Aún cuando poco se sabe sobre los requisitos de autocuidado en los pacientes con IRC, los estudios relacionados muestran áreas afectadas como la capacidad física, que altera la vida diaria de los pacientes en el rol de trabajadores; se presentan además sentimientos de tristeza y desánimo, aunados a depresión, infecciones, aumento en el consumo de líquido, dolor y rechazo al tratamiento. Esto sugiere problemas en los requisitos universales de aporte de agua, del equilibrio entre la actividad y el reposo, de la soledad e interacción. Así mismo en los derivados del estado de salud de cómo el enfermo debe llevar a cabo el tratamiento establecido.

Definición de Términos

Procesos en el manejo del autocuidado: cuidado personal que necesitan diariamente los seres humanos y que pueden ser modificados por la patología específica de IRC.

Requisitos universales en pacientes con IRC se definen como estándares o normas establecidas en alimentación, eliminación, actividad y reposo, prevención de riesgos y promoción del mejor funcionamiento factible. En seguida se sumarizan siete de ellos:

Aporte de alimentos se refiere a las restricciones dietéticas que señala llevar a cabo el adulto con IRC derivada de DMT2 basado en restricciones del consumo de potasio, sodio, fósforo, proteínas, administración de complementos multi vitamínicos, y provisión de la ingestión adecuada de calorías.

El aporte de agua en pacientes urémicos, el consumo de líquidos se limita a unos 1500 a 3000 ml., según el gasto urinario. En pacientes oligúricos, los líquidos se limitan a unos 700 ml., más la cantidad de gasto urinario.

Eliminación urinaria, cantidad mínima de orina referida por el adulto con IRC derivada de DMT2.

Excretas es evacuar mínimo una vez en 24 horas referido por el adulto con IRC.

Equilibrio entre actividad y reposo es el tipo y cantidad de ejercicio y actividades recreativas que refiera el paciente adulto con IRC derivada de DMT2.

Consumo vs. Gasto entre soledad e interacción, es el tiempo que la persona permanece aislada sin interactuar con su familia.

La prevención de riesgos consiste en llevar a cabo las medidas del tratamiento conservador que incluyen; supervisión y cuidado propio, buena nutrición, equilibrio de líquidos y tratamiento farmacológico y acudir a diálisis.

La promoción del funcionamiento y bienestar humano dentro de los grupos sociales; es sentirse aceptado dentro de los grupos sociales y el acudir a reuniones familiares.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud se definen como: la búsqueda o consulta oportuna con diferentes especialistas que refiere el paciente adulto con IRC derivada de DMT2, según sus necesidades, complicaciones o enfermedad asociada.

Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos; son los signos y síntomas de deshidratación, sobrecarga de líquidos o tratamiento sustitutivo, que refiera el paciente adulto con IRC derivada de DMT2.

Llevar acabo efectivamente el tratamiento conservador (nutrición, control de líquidos y ejercicio) y del tratamiento sustitutivo (diálisis o hemodiálisis).

Modificar el auto concepto para aceptarse así mismo como ser humano con estado de salud particular y necesitada de formas específicas de cuidados de la salud; es

el grado de aceptación de la enfermedad y del tratamiento que refiera la persona adulta con IRC derivada de DMT2.

Aprender a vivir con los efectos de la condición de IRC; son las modificaciones que el paciente adulto con IRC derivada de DMT2 haya tenido que realizar en su vida, para adaptarse a las exigencias de la enfermedad y del tratamiento.

Factores condicionantes básicos consisten en las condiciones específicas del paciente con IRC que influyen en la satisfacción de los requisitos de autocuidado, y son:

Edad; años cumplidos, referidos por el individuo.

Sexo; definido en términos de masculino y femenino

Escolaridad; años cursados de educación formal.

Años de diagnóstico; Tiempo en años de padecer la enfermedad desde el diagnóstico de diabetes hasta el inicio de la IRC.

Objetivos

1. Describir los procesos de manejo del auto-cuidado percibidos por el adulto con IRC por DMT2.

2. Identificar los requisitos de AC universales y derivados de la enfermedad, tomados en cuenta en los procesos de AC descritos por el paciente a través de entrevista y escala.

3. Explorar la asociación de los factores condicionantes básicos seleccionados con los requisitos universales y de desviación de la salud del adulto con DMT2 complicado con IRC reflejados en los procesos de autocuidado.

4. Incorporar en los conceptos teóricos los contenidos específicos de los requisitos de autocuidado de los pacientes con IRC por DMT2.

Capítulo II

Metodología

En este apartado se especifica el diseño seleccionado para responder a los objetivos planteados, población de interés, tipo de muestreo y tamaño de muestra. Se describe el instrumento que se utilizó para la recolección de la información y los procedimientos para su aplicación, para la realización de la entrevista; se introducen los aspectos éticos del estudio y las estrategias de procesamiento y análisis de los datos.

Diseño del Estudio

El diseño seleccionado es mixto: dado por la entrevista cualitativa y el diseño descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 2000). Esta aproximación metodológica se consideró para conocer la percepción de la enfermedad. La asocian para entender mejor las necesidades de cuidado y los procesos que experimentan los pacientes con IRC a lo largo de su enfermedad crónica

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés la conformaron adultos diagnosticados médicamente con IRC por DMT2, que reciben cuidado ambulatorio en una institución de seguridad social de tercer nivel de atención. Se tomó el total de pacientes adscritos en el programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal; $n = 82$. Para recolectar los datos cualitativos se tomó una sub-muestra de 10 informantes que accedieron voluntariamente a participar

Criterios de Exclusión

Pacientes con dificultad auditiva, comprobada por exploración física y expedientes clínicos y pacientes con pérdida de la conciencia (comprobados por observación).

Mediciones e Instrumentos

La medición de datos cuantitativos incluyó un cuestionario y un formato para registro de datos socio demográfico y clínico.

El Cuestionario de Proceso de Manejo de Autocuidado (SCMP-G) elaborado por Corson en 1990 (Apéndice A), con el propósito de conocer el proceso de manejo de los individuos para el autocuidado de su enfermedad crónica. El SCMP-G esta compuesto por 35 reactivos divididos en dos sub-escalas, una referente al proceso de manejo personal (20 ítems) y otra al proceso de manejo social (15 ítems). La primer sub-escala incluye los reactivos 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26 y del 27 al 34; la sub-escala personal incluye los reactivos 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24 y 35. El formato de respuestas para ambas sub-escalas va de uno a cinco en escala tipo Likert, que va de 1= *total desacuerdo* hasta 5 = *total acuerdo*. El rango de calificación es de 15 a 60 para la sub-escala social y de 20 a 80 para la sub-escala personal. Una calificación alta indica un alto manejo de autocuidado. La confiabilidad del instrumento fue validada en un grupo de pacientes con diabetes de Louisiana, USA, encontrando según los autores, un nivel de confiabilidad superior a los esperados para un instrumento nuevo. Sin embargo, no se menciona la cifra de confiabilidad obtenida.

Para registrar los datos sociodemográficos y clínicos, se construyó una cédula de datos personales (CDP - Apéndice B), que incluye edad, sexo, escolaridad en años, ocupación y fecha del diagnóstico de la DMT2 e IRC.

Los datos cualitativos se colectaron por medio de una entrevista formal que tuvo el propósito de explorar los requisitos universales y de desviación de la salud desde la perspectiva del individuo. La pregunta abierta inicial fue: ¿Cuénteme que es para usted vivir con insuficiencia renal? A partir de la respuesta se repreguntó, usando los temas que corresponden a los requisitos de AC.

Procedimiento de Recolección de la Información

Para la realización de este estudio se solicitó por escrito autorización a las

autoridades de la institución seleccionada (Apéndice C). Los participantes fueron seleccionados del listado de pacientes en tratamiento de hemodiálisis que cumplieran con los criterios de inclusión; se les invitó a participar en el estudio, brindándoles una explicación clara del propósito del mismo, asegurándoles que la información sería confidencial, y que tendrían la libertad de negarse o retirarse en el momento que lo decidieran sin que esto afectara su tratamiento.

Una vez que los pacientes aceptaron participar, se citaron uno por uno para la aplicación del cuestionario, indicándoles la fecha y horario acorde a su tratamiento de hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria o automatizada. Se seleccionaron los pacientes que tuvieran más experiencia en padecer IRC, en primer lugar se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado (Apéndice D) recordando el propósito del estudio y que la información sería confidencial. Posterior a esto se aplicó la cédula de datos personales y el cuestionario (SCMP-G), por último la entrevista si el paciente fue seleccionado para ello.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se apegó a lo establecido en el Título Segundo, Capítulo I, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (1987).

De acuerdo al artículo 14, fracción V, se contó con el consentimiento informado y por escrito de las personas participantes.

Se obtuvo la autorización de los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y se contó con la autorización de los directivos del Hospital Regional ISSSTE Monterrey de acuerdo con el artículo 14, fracciones VII y VIII.

De acuerdo al artículo 17, fracción I y II, se considera un estudio sin riesgo o

riesgo mínimo, ya que sólo se realizaron entrevistas y cuestionarios lo que no pone en riesgo la integridad física o emocional de los participantes.

De acuerdo al artículo 20, 21, fracción II, III, IV, VI y VII, los participantes recibieron una explicación clara y completa del objetivo del estudio, y de los procedimientos implicados, de la garantía de recibir respuestas a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento informado y la libertad de retirarse en cualquier momento si lo desearan.

El consentimiento informado fue formulado por escrito, solicitando la firma de dos testigos previa aprobación por la Comisión de Ética de la UANL tal como lo estipula el artículo 22, fracciones II y IV.

Análisis de la Información

Para el análisis de los datos derivados del SCMP-G, se usó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 12.0 para Windows. La estadística descriptiva fue útil para narrar las características demográficas de la muestra, mientras que la información cualitativa se procesó por medio del análisis de contenido de las entrevistas en el programa “Atlas Ti” mediante el siguiente procedimiento: se aplicaron diez entrevistas a los pacientes seleccionados; las entrevistas se transcribieron literalmente en procesador Word; se identificaron los temas o conceptos de los requisitos de autocuidado dentro del discurso, e inmediatamente se creó una unidad hermenéutica del “Atlas Ti” para posteriormente otorgar los códigos de acuerdo a los requisitos universales U1/P01, U2/PO2, etc. y de desviación de la salud, en DS1/P01, DS2/P02, DS/P03, etc. Enseguida se agruparon y ordenaron los códigos según requisitos, se formaron categorías de acuerdo a los conceptos, extrayendo los códigos vivos de cada uno, con base a la pregunta ¿Qué es para usted vivir con insuficiencia renal? Posteriormente se resume y agrupa la información por requisitos de autocuidado y se describen los ítems por subescalas del SCMP-G. Se analizaron las medias de cada subescala y se reportaron sólo las mayores a 3.5 por

último, se identificaron los conceptos de autocuidado, en especial lo que significa para los propios pacientes.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. En principio se introducen los datos descriptivos, para enseguida presentar los datos que dan repuesta a los objetivos.

Datos Descriptivos:

La muestra estudiada estuvo integrada por 82 adultos con DMT2 complicados con IRC, de los cuales 62% fueron hombres y 38% mujeres. El promedio de edad fue de 60.56 años ($DE = 11.5$; 18-83), de escolaridad 9.7 años ($DE = 5.9$; 1-22), años con DMT2 20.5 ($DE = 5.79$; 3-35) y con IRC 2.83 ($DE = 1.95$; 1-13). La mayor parte de los participantes manifestaron no tener un trabajo remunerado.

Datos Correspondientes a los Objetivos:

El objetivo número uno, que se planteó para describir los procesos de autocuidado percibidos por el adulto con IRC por DMT2, se respondió a partir de dos fuentes: a) por medio de la construcción de índice 0-100 sobre los puntajes obtenidos por los participantes en la escala correspondiente. Este índice tuvo una media de 67 puntos con $DE = 13.4$ (15.71 14-87). La escala agrupa reactivos específicos en dos sub-escalas: procesos de manejo personal ($M = 19.59$; $DE = 7.28$ 1.42/ 40.00) y procesos de manejo social ($M = 40.09$; $DE = 11.50$ -1.43/57.86).

b) Por medio de las respuestas obtenidas a la pregunta ¿Qué es para usted vivir con insuficiencia renal? Por tratarse de información cualitativa, se agrupó de acuerdo al tema si lo expresado coincidía con la esencia de los requisitos de auto-cuidado, y es como sigue.

Requisito universal, mantenimiento de un aporte de agua suficiente. En relación con estos requisitos los pacientes expresan reconocer la necesidad de controlar los líquidos para evitar complicaciones futuras, sin embargo los que se encuentran en los programas de diálisis peritoneal ambulatoria tienen mayor libertad en el consumo de líquidos, no así los que se encuentran en el programa de hemodiálisis. Algunas de las expresiones se mencionan a continuación.

“Me restringen las sales los líquidos no”. “Tomo un cuartito de agua y ese es para todo el día”. “Yo tomo líquidos normal pero evito tomar más de un litro”.

Requisito universal, mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente. La mayoría de los pacientes reconocen la necesidad de controlar los alimentos y consumir sólo los nutritivos y están conscientes que de no seguir una disciplina en la dieta le puede ocasionar un deterioro en su salud afectando su estado físico, también reconoce que la esposa es la que cuida su dieta, y en otros participantes tienen falsas esperanzas en dejar de dializarse si siguen una dieta adecuada.

“Me dieron una dieta tengo que llevarla bien, me dijeron no hagas eso no lo hago, hay que llevar una disciplina”.

Requisito universal, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos. Las personas entrevistadas reconocen dificultad para evacuar, sin embargo los que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal reconocen tener más cuidado de no presentar estreñimiento por las complicaciones de peritonitis o migración del catéter en la cavidad peritoneal.

“Me dice el doctor que ni se me ocurra no hacer, del baño por la bolsita de diálisis que traigo”. “La dificultad para evacuar si es muy frecuente”.

Requisito universal, el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. La mayoría de las personas reconoce que su descanso está alterado por el tratamiento o presencia de dolor, presentan trastornos del sueño por ruidos y alarmas de la máquina cicladora en diálisis peritoneal, les desagrada la soledad y no realizan

ningún tipo de ejercicio.

“No duermo y ahora me tapan la pantalla con una toallita porque eso era lo que me molesta hasta dormida me cala la luz”.

Requisito universal, el mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana. Se encontró que la mayoría de las personas refieren que la soledad les causa tristeza, además reconoce abandono conyugal a consecuencia de su enfermedad, desesperación y se aíslan por su enfermedad, ya que el tratamiento les causa incomodidad para interactuar con sus amistades y se sienten abandonados por su familia.

“Me entristece porque no puedo hacer nada más con mi familia”. “He sentido el cambio muy brusco con mi familia ya lo dejan a uno sólo como que te abandonan”. “Me siento muy mal mi esposo me dejó por mi enfermedad, se fue con otra con eso le digo todo”. “No me hallo estar sólo”.

Requisito universal, prevención de amenazas a la vida, funcionamiento y bienestar de los pacientes. La mayoría de las personas no reconoce llevar medidas de higiene que previenen infecciones como la peritonitis, expresan que tienen el apoyo de sus familiares para evitar caídas. También no reconocen la necesidad de cuidarse otros órganos importantes en su salud.

“Me corto las uñas de los pies siempre me sale sangre y afortunadamente para mí nunca me he cortado”. “Yo decía me tengo que cuidar los pies pero nunca me cuide de los ojos ni de los riñones”. “Volví otra vez a despertarme no me da sueño y me siento y luego de repente volteo y mi hija no duerme porque teme a que me pueda caer”.

Requisito universal, promoción del funcionamiento y el desarrollo dentro de los grupos. Las personas entrevistadas refieren no pertenecer a ningún grupo de apoyo, sin embargo reconocen lazos de amistad con individuos de la misma patología, se asilan socialmente, refieren que es mejor quedarse en casa para no causar problemas, se

sienten cohibidos y tristes pero aceptan sus limitaciones.

“Me invitaron muchas veces al club de diabéticos que tiene el mismo ISSSTE para saber como me iban a enseñar pero nunca lo acepté tal vez por la distancia que esta muy lejos”. “Hay una vecina que nos damos la mano muy seguido en cuestión de medicamentos”. “Bueno ahora ya no salgo”.

Requisito de desviación de la salud, búsqueda de asistencia médica apropiada. Los participantes expresan que acuden a buscar asistencia médica por solicitud de medicamentos o por alguna complicación de dolor causado por peritonitis en diálisis, les desagrada acudir a las citas médicas. También reconocen que puede haber otra alternativa de tratamiento como el trasplante renal.

“Ahí vengo otra vez con el dolor, después toman una muestra y me dicen trae una peritonitis y en tres meses me dieron cinco”. “El doctor de lo familiar y me dio, para el sueño diazepam pero yo le tengo mucho miedo una vez me lo tomé y vi que no dormí porque yo si tengo mucho miedo a mi enfermedad”.

Requisito de desviación de la salud, tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la enfermedad. Se encontró que la mayoría de las personas reconocen padecer una patología, que deben controlar los líquidos para que estos no les causen problemas, de igual manera están concientes que su enfermedad ha afectado su estado físico y sexual. Sin embargo algunas personas no reconocen la necesidad de autocuidado.

“Me puse mala porque tomaba mucho agua”. “No me cuide”. “Ahorita a estas alturas esto a grandes rasgos es lo que me a afectado es lo que he notado que me canso, y por lógica sexualmente ya no es lo mismo”.

Requisito de desviación de la salud, llevar acabo efectivamente las medidas diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas por el médico. Se encontró que la mayoría de las personas siguen las indicaciones prescritas por su médico, aceptan su tratamiento, tienen falsas expectativas en recuperarse de la IRC, identifica

complicaciones propias de la patología, reconocen no llevar a cabo indicaciones médicas por falta de apoyo familiar y apego al tratamiento.

“Mi meta es que me dejen de dializar va a estar difícil porque yo creo que ya no se puede pero que tal si mejoro mucho con esto llego y me dicen que baje a 4 de creatinina que me digan ya no se puede dializar”. “A las cinco me tienen que hacer la diálisis y tengo que almorzar a las nueve y ellas (las hijas) no se levantan”.

Requisito de desviación de la salud, estar consciente y prestar atención a los efectos, molestias e inclusive los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro incluyendo los efectos sobre el desarrollo. Se encontró que las personas con IRC buscan asistencia médica para solicitar medicamentos para controlar insomnio, reconocen que la falta de autocuidado le ha causado deterioro en su salud, manifiesta malestar por enfermedad y se cuida, Sigue indicaciones médicas en control de líquidos, busca asistencia por dolor complicación de peritonitis, identifica efectos del tratamiento, vida sedentaria y deficiente alimentación.

“Pierdo la fuerza, me falta el animo”. “Me siento mal porque estoy enferma pero al mismo tiempo me cuido”.

Requisito de desviación de la salud, modificar el auto concepto (y la auto imagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular. Los participantes expresan que la enfermedad les cambió la vida, se resignan a su enfermedad, son autosuficientes aun con su invalidez, les ha causado problemas en su físico, aceptan condiciones del tratamiento.

“Me valgo por mí mismo, yo todavía me aseo yo sólo, voy al baño, ya ve que me falta una pierna y manejo yo todavía”. “De primero sentía una incomodidad de venir y ahora ya me siento a gusto”.

Requisito de desviación de la salud, aprender a vivir con los efectos de la condición patológica y de los efectos del tratamiento médico. La mayoría de los participantes expresan que la enfermedad les cambió la vida, les ha causado problemas

en su físico, se resigna a su enfermedad, la aceptan, se adaptan y son autosuficientes. Sin embargo, también refieren que el tratamiento los limita a ciertas actividades ya que dependen del tratamiento, tienden a aislarse por invalidez por no incomodar a la familia y son temerosos a la muerte.

“Hay que cambiar de hábitos de modo de ser, de todo, porque ya no puedo hacer muchas cosas por lo mismo que me tengo que dializar”. “Vivir con insuficiencia renal es estar detenido uno en su casa vario tiempo siempre haciéndose la diálisis”.

El resultado del objetivo número dos, identificar requisitos de AC universales y los derivados de la enfermedad, tomados en cuenta en los procesos de AC descritos por el paciente a través de entrevistas y de sus respuestas al cuestionario, se combinaron los datos cuantitativos y cualitativos. Éstos se presentan en la siguiente Tabla.

Tabla 1

Correspondencia del contenido de reactivos de (SCMP-G) con los requisitos de AC expresados por los participantes

I Procesos de manejo personal (1-5)	\bar{x}	Expresión del requisitos participante (Entrevistas)	Definición de requisitos de autocuidado (U/DS)
2. Me he convencido que puedo controlar mi enfermedad	3.46	Necesita controlar líquidos para evitar complicaciones; menos estricto en diálisis	(DS3) Llevar a cabo medidas de Tratamiento.
6. Debo de hacer todo lo que pueda para controlar mi enfermedad	4.00	peritoneal que hemodiálisis. Implica disciplina en	(DS2) Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la IRC
22. Puedo controlar mi enfermedad si sigo mi plan de tratamiento	4.26	consumir sólo los alimentos nutritivos (no K, etc.); pueden tener falsas expectativas de dejar diálisis por dieta adecuada.	
8. Tengo que ser cuidadoso en la forma que llevo mi vida	4.40	Cambio de forma de vida, algunos se “adaptan” pero otros dicen vivir para la	(DS6) Aprender a vivir con efectos de la IRC
23. Si me cuido a mi mismo, puedo prevenir problemas futuros con mi enfermedad	4.40	diálisis. Cuidan ingesta de líquidos; se afecta su dinamismo y vida sexual. Sufren la restricción de	(DS2) Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la IRC

Continúa tabla 1

27. Vigilo los signos para saber si mi enfermedad está empeorando	3.89	agua y alimentos; deben poner cuidado en función de eliminación intestinal y de sustancias tóxicas por medio de diálisis.	(U1,2,3) Suficiente ingesta de agua, alimentos y vigilancia de eliminación sustancias tóxicas.
34. Debo vigilar mi salud, si no me pondré peor	4.62		(U7) Prevención de amenazas a la vida, funcionamiento y bienestar del paciente con IRC
18. Sólo pienso sobre mi enfermedad cuando me causa problemas	3.82		
15. Es difícil planear actividades porque nunca se si mi enfermedad me impida hacer esas cosas	2.24		No se localizaron los requisitos
19. No pienso en mi enfermedad cuando me ocupo de mis tareas diarias	2.10		No se localizaron los requisitos

Continúa tabla 1

Procesos de manejo social (1-5)	\bar{x}	Expresión del requisitos participante (Entrevistas)	Definición de requisitos de autocuidado (U/DS)
1. Me preocupa ser una molestia debida a mi enfermedad	3.74	No salen de casa para no causar problemas; la enfermedad los limita en sus actividades y en seguir su tratamiento; les preocupa que lo consideren diferentes por su enfermedad.	(U8)Promoción del funcionamiento y el desarrollo dentro de los grupos.
5. Me preocupa que soy una carga para otra gente	3.88	Se sienten incómodos y tristes pero aceptan cambios en la relación con sus amistades;	
7. Mi responsabilidad es asegurar que mi enfermedad no preocupe a otra gente	3.65	Se aísla socialmente son individuos cohibidos.	
9. Mi enfermedad ha afectado mis relaciones con amigos	3.09		
21. Hablo con las personas de mi enfermedad, así entenderán mis dolencias- malestares (exabruptos) y no lo tomen como ofensa personal	3.19		
35. Hago lo imposible para que las personas se sientan a gusto con mi enfermedad.	4.28		

Continúa tabla 1

10. No hago ciertas cosas, porque entonces las personas se preocuparían por mi salud	3.51		
12. Me causa problema que me traten diferente debido a mi enfermedad	3.45		
14. Trato de convencer a otros de que cambien su forma de vida para que no desarrollen los problemas de salud que yo padezco	4.02	Reconocen cambios físicos y temor a la muerte. Manifiestan problemas en su físico. Reconocen padecer una enfermedad	(DS5) Modificar el auto concepto y auto imagen para aceptarse uno mismo como ser humano con IRC.
24. Soy muy cuidadoso sobre cuanto decir a otras personas sobre mi enfermedad, porque no los quiero preocupar	3.98	seria, que deben controlar los líquidos para que no les causen problemas, de igual manera están concientes que su enfermedad ha afectado su estado físico y	
16. Debo tener una buena actitud sobre mi enfermedad en beneficio de otros	4.10	capacidad sexual.	

Continúa tabla 1

3. Mi enfermedad no afecta a mi familia ni amistades	3.52	La enfermedad les cambio la vida, se resigna y la aceptan, se adaptan y son autosuficientes. Tratamiento los limita a ciertas actividades y dependencia al tratamiento; tienden a aislarse por invalidez por no incomodar a la familia y falta de apego al tratamiento.	(DS6) Aprender a vivir con efectos de la IRC.
17. Mi enfermedad hace que otras personas se sientan incómodas	2.99		

Fuente: Fuente: SCMP- G, Entrevistas

 $n1 = 82$ $n2 = 10$

Para dar respuesta al objetivo tres, explorar la asociación de los factores condicionantes básicos seleccionados con los requisitos universales y de desviación de la salud del adulto con DMT2 complicados con IRC, reflejados con los procesos de AC, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple donde la edad, escolaridad, género y años de diagnostico de la DMT2 y la IRC se introdujeron como variables independientes y el puntaje obtenido en la escala SCMP-G, como dependiente. El modelo general no fue significativo, $F_{(6,75)} = 1.71$, $p = .129$, por lo que se concluye que las variables demográficas y clínicas seleccionadas, no afectan el proceso de auto-cuidado que viven los pacientes con IRC.

El objetivo número 4, llevó a definir los sub-conceptos requisitos de auto-cuidado, incorporando lo manifestado por los adultos con IRC. En seguida se muestra la definición preliminar de dichos sub-conceptos.

Tabla 2

Definición de requisitos universales y de desviación de la salud de autocuidado con insuficiencia renal crónica

Requisito Universal	Definición teórica	Definición para pacientes con IRC
(U1) Aporte de agua suficiente	Suficiente consumo de agua/líquidos para mantener una constante (límites de normalidad) en fluidos corporales. Se debe de restringir la ingesta de líquidos si éstos se exceden pueden provocar insuficiencia cardiaca congestiva, respiratoria y edema pulmonar.	Aporte restringido de agua y sales para prevenir complicaciones por sobrecarga hídrica.
(U2) Aporte suficiente de alimentos	Proporcionan al individuo materiales indispensables para el metabolismo y energía. Se debe ajustar el consumo de sodio, potasio y proteínas. En la dieta reduce la acumulación de desechos nitrogenados y síntomas causados por la acumulación de los productos finales del metabolismo urea y creatinina.	Controlar alimentos ricos en potasio y sodio, consumir sólo los nutritivos [ejemplo frutas deshidratadas, vegetales, entre otros]; implica disciplina. Mala alimentación puede ocasionar deterioro en su salud afectando su estado físico.

Continúa tabla 2

<p>(U3) Prevención de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos</p>	<p>Regulación y control efectivo de los materiales eliminados.</p> <p>La función excretora deficiente de los productos resultantes del metabolismo nitrogenado, como son la urea, creatinina y otras sustancias, favorece la presencia de alteraciones renales como disminución en la producción de orina hasta llegar a la anuria, la diarrea y la constipación intestinal son frecuentes.</p>	<p>Se presenta dificultad para evacuar, los que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal tener más cuidado de no presentar estreñimiento por las complicaciones de peritonitis o migración del catéter en la cavidad peritoneal.</p>
<p>(U4) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p>	<p>Controla el gasto de energía limitan su participación en el trabajo, actividades recreativas y la convivencia familiar. A pesar de estas limitaciones es necesario que la persona desarrolle actividad física moderada en pequeñas caminatas que no le fatiguen. El paciente necesita momentos de descanso programados.</p>	<p>Descanso alterado por el tratamiento o presencia de dolor, presentan trastornos del sueño por ruidos y alarmas de la máquina cicladora en diálisis peritoneal, les desagrada la soledad y no realizan ningún tipo de ejercicio.</p>

Continúa tabla 2

(U5) mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana	Proporciona condiciones esenciales para el desarrollo en los que se adquiere el conocimiento, se forman los valores y expectativas, se logra una seguridad y realización; la interacción social mantiene los recursos materiales esenciales para la vida, el crecimiento y el desarrollo.	La soledad les causa tristeza, reconoce abandono conyugal a consecuencia de su enfermedad, sufren de desesperación, se aíslan por su enfermedad, esta les causa incomodidad para interactuar con sus amistades, sufren abandono familiar
(U6) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Mantenimiento de la integridad humana dentro de las más importantes están la prevención de complicaciones y alteraciones como la insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia vascular periférica y problemas gastrointestinales.	La mayoría de las personas no reconoce llevar medidas de higiene que previenen infecciones como la peritonitis, familiares los cuidan para evitar caídas.

Continúa tabla 2

<p>(U7) Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales (<i>normalidad</i>)</p>	<p>Promueve condiciones que llevan a los individuos a sentir y conocer su individualidad y su globalidad, libertad y responsabilidad como seres humanos donde la persona interactúa, considerando el potencial humano, conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal, es una necesidad que refleja la aspiración de todo ser humano. La mayoría de las veces perciben esta necesidad como inalcanzable.</p>	<p>No pertenecen a ningún grupo de apoyo, reconocen amistad con individuos de la misma patología, se asilan socialmente, para no causar problemas, se sienten cohibidos y tristes pero aceptan sus limitaciones.</p>
---	---	--

Continúa tabla 2

Requisito de autocuidado de desviación de la salud	Definición teórica	Definición para pacientes con IRC
(DS1) Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada	La persona experimenta sensaciones de estar enfermo; tales incidentes guían al individuo o a su familia a buscar ayuda profesional lo que favorece a la detección temprana de la enfermedad.	Buscan asistencia médica por solicitud de medicamentos o por dolor causado por peritonitis, les desagrada acudir a las citas médicas. Reconocen otra alternativa de tratamiento como trasplante renal.
(DS2) Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la enfermedad	Atender los efectos de la enfermedad según evalúa su condición física, psicológica, emocional y social. La enfermedad produce efectos adversos a su calidad de vida, están ligados a una máquina o a recambios dialíticos, aunado al deterioro físico, disminución de su estado de ánimo y deficiente nutrición.	Reconocen padecer la enfermedad, estar atados al tratamiento, controlan los líquidos para que estos no les causan problemas, su enfermedad afecta su estado físico y sexual. Sin embargo algunas personas no reconocen la necesidad de autocuidado.

Continúa tabla 2

<p>(DS3) Llevar acabo efectivamente las medidas diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas</p>	<p>Llevar a cabo una disciplina en su alimentación, ingesta de líquidos y ejercicio.</p> <p>Apego ala terapia complementaria favorece la rehabilitación de la persona a través del tratamiento sustitutivo de la función renal.</p>	<p>Las personas siguen las indicaciones prescritas por su médico, identifica complicaciones aceptan su tratamiento, tienen falsas expectativas en recuperarse de la IRC, no llevar a cabo indicaciones médicas por falta de apoyo familiar y apego al tratamiento.</p>
<p>(DS4) Estar conciente y prestar atención a los efectos, molestias e inclusive los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro</p>	<p>Las personas con IRC son sometidas a tratamientos de diálisis y hemodiálisis, actúan eliminando los desechos nitrogenados de urea, creatinina y exceso de líquidos, este tratamiento posibilita un cambio más rápido de la composición de los solutos del plasma así como la eliminación del exceso del agua corporal; la retención hídrica puede provocar insuficiencia cardiaca congestiva, anemia y fatiga.</p> <p>Las complicaciones derivadas del tratamiento son hipotensión,</p>	<p>Buscan asistencia médica por solicitud medicamentos para controlar insomnio, falta de cuidado les ha causado deterioro, malestar en su salud, controla líquidos, busca asistencia por dolor, tienen vida sedentaria y deficiente alimentación.</p>

Continúa tabla 2

	desequilibrio hidroelectrolítico, calambres, náuseas y vómito.	
(DS5) Modificar el auto concepto (y la auto imagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud, menoscabados en su persona	La adaptación emocional se realiza de manera gradual, con el objetivo de lograr cierto equilibrio una vez que se hayan identificado las limitaciones y perturbaciones propias de la enfermedad, debe reformular todos sus roles en base a las perturbaciones físicas, psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad, que generan un cambio en su vida.	Enfermedad les cambio la vida, les causada problemas en su físico, se resignan, son autosuficientes aun con su invalidez y aceptan condiciones del tratamiento.
(DS6) Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos, los efectos de las medidas de diagnósticas y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomenta el desarrollo personal continuamente; modificar su alimentación e interacción social	Aprender a vivir, modificar estilos de vida que le ayuden a impulsar el desarrollo personal manifestado en la forma diaria de vivir, donde se han integrado conductas que favorecen su estado de salud. Llevar acabo una disciplina para que la persona encuentre el equilibrio entre los diversos eventos que se presentan a lo largo de la vida.	El tratamiento los limita a ciertas actividades y sienten depender de el, tienden a aislarse por invalidez, son temerosos a la muerte. La enfermedad les causo problemas en su físico, la aceptan, se adaptan, se resigna a su enfermedad y son autosuficientes.

Fuente: entrevistas

n2 = 10

Capítulo IV

Discusión

De acuerdo al propósito del estudio en esta muestra se encontró, a través de las entrevistas, que los participantes identifican siete requisitos universales o básicos y seis derivados del estado de IRC.

En primer lugar es claro que los pacientes experimentan como una fuerte carga la restricción de líquidos y el tipo de dieta a que son sometidos como parte del tratamiento; sin embargo y sobre todo los hemodializados se apegan estrictamente a consumir la cantidad de líquidos permitidos. Al respecto se ha observado que de no llevar una disciplina y apego al tratamiento pueden presentar complicaciones graves que ponen en peligro su vida.

Las funciones de eliminación de toxinas y la eliminación intestinal se presentan también como un área problemática para el paciente con IRC; este aspecto, explicado suficientemente por la fisiopatología, es difícil de manejar por algunos pacientes, quienes pueden dejar de asistir a sus diálisis por causas sociales o trastornos en la misma eliminación. Esto coincide con lo encontrado por Andrés (2004), quienes reportan entre otros alteración en los patrones nutricional- metabólico y eliminación de adultos con insuficiencia renal crónica terminal.

La vigilancia en los procesos de autocuidado del paciente con IRC, se describió en función de lo que hace la persona para sí misma, y lo que involucra al grupo inmediato con el que convive. En el primero aspecto, (yo como individuo) se identificaron los procesos de “control sobre la enfermedad” los cuales son consistentes con lo enunciado en los requisitos de la salud 2, 3 y 6 implican ser concientes y prestar atención a los efectos causados por la IRC, cumplir con las indicaciones del médico, apego al tratamiento y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad. Identificar

oportunamente complicaciones y buscar asistencia médica para reestructurar su plan de tratamiento. Sin embargo en la práctica clínica se observa además cierta deficiencia en mantener controlada su enfermedad, seguramente por la dificultad que ello implica, siendo necesario el apoyo del personal de salud y de la familia. Coincide con lo reportado por Hernández-Ronquillo et al. (2003), en su estudio sobre la frecuencia y factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes con DMT2 donde reportó el incumplimiento en la dieta, ejercicio y las citas médicas.

Como proceso social se identificó “el cuidado y vigilancia sobre su enfermedad” implicando cambios en la forma de vivir y adaptarse a los cambios producidos por la IRC. Sin embargo se observa que el paciente “vive para la diálisis” por lo que se ve afectado su dinamismo, vida sexual y emocional, causando depresión en algunos de los individuos. En esta misma categoría se identificó la preocupación del paciente con IRC; los individuos sufren de una gran preocupación en relación con su familia y grupos cercanos a ellos, sienten ser una carga por las limitaciones propias de la enfermedad. Generalmente les causa incomodidad el trato diferente que reciben por parte de la familia, se sienten limitados en sus actividades por el deterioro progresivo debido a IRC. Todas estas percepciones concuerdan en la necesidad de promover la normalidad en el ser humano (reqs U8). Esta relacionado con lo encontrado por Anderson, Freedland, Clouse y Lustran (2001), García et al. (2007) y Rodríguez et al. (2005). Aunado al trastorno del sueño ocasionado por algunas alarma de la máquina de diálisis. Estos aspectos se encuentran semejantes en el estudio de Rodríguez et al. (2005).

El cuarto aspecto manifiesta el ser “cuidadoso y tener buena actitud” se encontró que estos pacientes pasan por un proceso de adaptación en su enfermedad aprenden a vivir con ella, sin embargo otros individuos ven su tratamiento como una carga que los mantiene ligados y limitados en sus actividades, saben que dependen del tratamiento para seguir viviendo con los efectos adversos de la enfermedad.

De acuerdo a los conceptos teóricos incorporados en los requisitos de autocuidado en los pacientes con IRC por DMT2 se encontró que los individuos identifican efectivamente los requisitos universales y los derivados de su enfermedad inmersos en la teoría propuesta por Dorotea Orem. Los líquidos y la alimentación son parte fundamental del tratamiento en el paciente con IRC, se encontró que los pacientes en el programa de diálisis peritoneal tienen menos restricción de líquidos, son más cuidadosos en el proceso de eliminación intestinal, evitan complicaciones peritoneales.

En cuanto al reposo y la actividad este requisito se encontró alterado por presencia de dolor causado por peritonitis, trastornos de sueño provocado por la luz y alarmas de la máquina de diálisis; también se encontró que no realizan algún tipo de ejercicio.

Referente a las amenazas a la vida, funcionamiento y bienestar de los pacientes con IRC, se encontró algunos aspectos relacionados con el estado de ánimo, estos ocasionados por abandono conyugal y familia. Su relación con los grupos es deficiente tienden a ser introvertidos pero aceptan sus limitaciones.

Los seis requisitos relacionados con el estado de la enfermedad se pudieron identificar en el paciente con IRC; buscan asistencia médica sólo cuando ven alterado su estado físico pues les desagrada asistir a la consulta con su médico. Reconocen que la enfermedad les ha causado cambios en su estado físico y sexual. Se identificó que los individuos tienen falsas expectativas de recuperan la función renal si siguen una dieta y control médico estricto.

Conclusiones

De acuerdo al propósito de este estudio fue posible identificar los requisitos universales y de desviación de la salud en los procesos de autocuidado que perciben los pacientes con DMT2 complicados con IRC se logró indagar por medio de las entrevistas cualitativa que estos requisitos se encuentran presentes, más no son

identificados como una necesidad de cuidado por los pacientes con IRC.

Las variables demográficas y clínicas seleccionadas, no afectaron el proceso de auto-cuidado que viven los pacientes con IRC.

En el primero aspecto, (yo como individuo) se identificaron los procesos de “control sobre la enfermedad” en los requisitos de desviación de la salud que implican ser concientes y prestar atención a los efectos causados por la IRC, cumplir con las indicaciones asignadas por el médico, apego al tratamiento y aprender a vivir con las consecuencias de la enfermedad.

Como proceso social se logró concluir que “el cuidado y vigilancia sobre su enfermedad” implica cambios en la forma de vivir y adaptarse a los cambios producidos por la enfermedad. El paciente “vive para la diálisis” por lo que se ve alterada su actividad, vida sexual y emocional.

De acuerdo a los conceptos teóricos incorporados en los requisitos de autocuidado en los pacientes con IRC por DMT2 se concluye que los individuos identifican efectivamente los requisitos universales y los derivados de su enfermedad. Los líquidos y la alimentación son parte fundamental del tratamiento, los pacientes en el programa de diálisis peritoneal tienen menos restricción de líquidos, son más cuidadosos en el proceso de eliminación intestinal, evitan complicaciones peritoneales.

Recomendaciones

Continuar realizando estudios cualitativos para conocer con mayor profundidad lo que explica vivir con IRC, desde el punto de vista de los pacientes.

Complementar los datos de este estudio, con investigaciones que lleven a entrevistar a familiares de pacientes con este padecimiento. Los hallazgos podrían favorecer al planteamiento de intervenciones de enfermería con mayor efectividad.

Llevar a cabo entrevistas a pacientes con IRC fuera del hospital o del momento

de la diálisis a fin de conocer si sus percepciones sobre los requerimientos de cuidado son diferentes.

Referencias

- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24 (6), 1069-1078.
- Andrés, G. B. (2004). Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Rev Sociedad Española Enfermería Nefrológica*, 7 (3), 1139-1147.
- Andreu, P. L. & Force S. E. (1997). *500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. Barcelon, España: Masson.
- Corson, J. L. (1990). Measuring guarding: A self-care management process used by individuals with chronic illness. En O. L. Strickland & C. F. Waltz (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Vol. 4 Measuring client self-care and coping skills* (pp. 58-75). New York, NY, EE. UU.: Springer Publishing Company.
- Departamento de Estadística e Informática del Hospital Regional ISSSTE Monterrey. (2006). *Sistema de información medico financiero (SIMEF)*. México, D. F.
- Dunning, T. & Manias, E. (2005). Medication knowledge and self-management by people with type 2 diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 7-13.
- García, A. G., Salcedo, R. A. L., López, I., Baer, R. D., Dressler, W. & Weller, S. C. (2007). "Diabetes is my companion"; Lifestyle and self-management among good and poor control Mexican diabetic patients. *Social Science and Medicine*, 64 (11), 2223-2235.
- Hernández-Ronquillo, L., Téllez-Zenteno, J. F., Garduño-Espinosa, J. & Gózález-Acevez, E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Pública de México*, 45 (3), 191-197.

- Ignatavicius, D. D. & Varner, B. M. (1991). *Enfermería Medicoquirúrgica* (Vol. 2). México, D. F.: McGraw-Hill: Interamericana.
- Kimmel, P. L. & Levy, N. B. (2003). Psicología y rehabilitación. En J. T. Daugirdas, P. G. Blake & T. S. Ing (Eds.), *Manual de Diálisis* (2a. ed., pp. 431-436). Barcelona, España: Masson.
- Lerman, I. (2001). *Atención Integral del Paciente Diabético* (2a. ed.). México, D. F.: McGraw Hill.
- Lew, S. Q., Albertini, B. V. & Bosch, J. P. (2003). Aparato digestivo. En J. T. Membreño, M. J. P. & Zonana, N. A. (2005). Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. *Revista Medica del IMSS*, 43 (2), 97-101.
- Neira, C. & Villareal, V. (2001). Abordaje psicoterapéutico en diálisis. Grupo de reflexión para pacientes y familiares. *Rev. Nefrolía. Diálisis. y Transplante.*, 55, 29-31.
- Orem, E. D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6a ed.). St. Louis, London Philadelphia: Sydney, Toronto: Mosby: A Harcourt Health Sciences Company.
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ta. ed). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Rocco, M. V. & Blumenkrantz, M. J. (2003). Nutrición. En J. T. Daugirdas, P. G. Blake & T. S. Ing (Eds.), *Manual de Diálisis* (2a. ed., pp. 438-464). Barcelona, España: Masson.
- Rodríguez, V. M., Castro, S. M. & Merino, J. M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11 (2), 47-57.
- Roque, M. L., Santos, H. C. M. & Hernández, G. M. (2003). Balance metabólico nutricional en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Acta Medica*, 11 (1), 26-37.
- Siguroardóttir, A. K. (2005). Self-care in diabetes: Model of factor affecting self-care.

Journal of clinical Nursing, 14, 301-314.

Whitworth, J. A. & Lawrence, J. P. (1990). *Enfermedades Renales*. México, D. F.:
Manual Moderno.

Apéndices

Apéndice A
Cuestionario: Proceso de Manejo del Autocuidado (SCMP-G)

Instrucciones: Cualquier enfermedad requiere cambios en su vida. El propósito de estas preguntas es conocer qué tan diferente actúan las personas ante su enfermedad. No hay respuestas correctas o incorrectas. En cada aseveración, circule la respuesta que mejor describa sus pensamientos. Por favor responda a todas las preguntas.

1 total desacuerdo, 2, 3, 4, 5 total acuerdo.

Apéndice B
Cedula de datos personales

Entrevistador: _____ No. De entrevista: _____

Fecha de aplicación: _____ Hora de inicio: _____

Hora de término: _____

Edad: _____ Escolaridad en años: _____ Ocupación: _____

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Fecha de Diagnostico de la DMT2: _____

Fecha de Diagnostico de la IRC _____

Para la entrevista se centrará en una sola pregunta

¿Qué es para usted vivir con Insuficiencia Renal Crónica?

Apéndice C

Autorización de la
institución

Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

ISSSTE

Hospital Regional Monterrey
Coordinación de Enseñanza e Investigación

Monterrey, N.L. a 13 de Diciembre de 2007

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZALEZ
SECRETARIA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE ENFERMERIA, U.A.N.L.

Presente.-

A traves del presente es para informarle que por parte de esta Coordinación de Enseñanza e Investigación, **NO EXISTE INCONVENIENTE**, para que la **LIC. MA. SANTOS GONZALEZ LARA**, lleve a cabo la recolección de datos para la elaboración de su proyecto de investigación **"REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DMT 2 COMPLICADOR CON IRC"**.

Sin más por el momento, me suscribo de Usted.

Atentamente



Hospital Regional Mty ISSSTE
Coordinación de Enseñanza
e Investigación

DR. LUIS GUILLERMO MENCHACA RAMOS
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

c.c.p. Interesada
c.c.p. Archivo

LGMR/martha

Apéndice D

Carta de Consentimiento Informado

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DMT2 E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Introducción y Propósito

La Lic. Ma. Santos González Lara, me ha invitado a participar en un estudio de investigación de enfermería para determinar los requisitos de autocuidado en adultos con DMT2 complicados con IRC, que es requisito para obtener su grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Procedimiento

Para este estudio se hará la invitación a todas las personas que acuden al centro de atención integral al paciente renal en una institución de seguridad social.

Comprendo que se me realizará una entrevista la cual será grabada bajo mi consentimiento y daré respuesta a un cuestionario acerca de aspectos del cuidado de la insuficiencia renal. La duración total de la entrevista y cuestionario estará determinada por las respuestas proporcionadas por mí. Así mismo se me ha informado que se requerirá más de una entrevista para complementar la información aportada.

Riesgos

Se me ha explicado que la realización de la entrevista y aplicación del cuestionario no tienen ningún riesgo.

Beneficios

Se me ha informado que no recibiré beneficio económico ni de otro tipo por participar en este estudio.

Participación Voluntaria/ Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que estoy en libertad de retirar mi consentimiento y suspender mi participación en el momento que lo desee sin que ello represente sanción alguna y tampoco afectará los tratamientos que me son otorgados en el centro de atención integral al paciente renal al que acudo.

Confidencialidad

Se me explicó claramente que la información que proporcione será manejada de manera confidencial sólo por la persona responsable del estudio y que nadie más tendrá acceso a ella al igual de que mi identidad no será revelada.

Preguntas:

En caso de tener alguna duda sé que puedo contactarme con la responsable del estudio en la Facultad de Enfermería de la UANL.

CONSENTIMIENTO

La Lic. Ma. Santos González Lara me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador

Fecha

Firma y firma del primer testigo

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Ma. Santos González Lara

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria.

Tesis: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DMT2 E INCIFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Campo de Estudios: Salud Comunitaria.

Biografía: Nacida en San Luis Potosí, México, el 2 de Noviembre de 1965; hija de Pablo González Rodríguez y Bertha Lara Vallejo.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Enfermera Básica en 1985. Egresada de la Universidad Autónoma de Tamaulipas con el grado de Licenciatura en enfermería en el 2001 Diplomado en enfermería quirúrgica en el año de 1998, diplomado en enfermería nefrológica en 2000.

Experiencia Profesional: Enfermera quirúrgica en las Clínica Nova y Vidriera en el año de 1986, en el centro médico Osler en 1988, y actualmente como enfermera Jefe de la Unidad de Atención Integral al Paciente Renal ISSSTE Monterrey.

Email: masantosgl@hotmail.com